فرم درخواست انتخاب واحد دانشجو نیمسال/ تابستان.................			
نام و نام خانوادگی :	شماره دانشجویی:	**تاریخ درخواست:	
رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:	تعداد واحد باقیمانده:	شماره تماس:
نام درس	مشخصه درس	در خواست حذف / اضافه	نتیجه اقدام کارشناس

نکات بسیار مهم:

1- دانشجو باید بدقت تمام موارد فرم را بطور دقیق بویژه با تاریخ ثبت درخواست تکمیل نموده و تحویل کارشناس گروه مربوطه دهد. تاریخ درخواست می بایست حداکثر 10 روز بعد از تاریخ حذف و اضافه باشد.

2- کارشناس گروه موظف است در اولین فرصت دسترسی به فایل انتخاب واحد، در مورد درخواست دانشجو اقدام و نتیجه قبول یا رد درخواست را در فرم با ثبت تاریخ اقدام شده تکمیل نماید.

3- دانشجو موظف است حداکثر تا 15 روز بعد از تاریخ درخواست از نتیجه درخواست خود مطلع گردد.

4- دانشجو حتما تصویر یا کپی درخواست خود را تا زمان اقدام نهایی حفظ و نگهداری نمایید.

- در صورت عدم وجود ظرفیت مشخصه کلاس درخواستی، کارشناس گروه اجازه انتخاب مشخصه کلاس مشابه دارد.

موافق ☐ مخالف ☐

اینجانب... متعهد می شوم تمام موارد فوق را بدقت مطالعه نموده و مشکل شهریه و بدهی مالی ، مشکل تداخل درسی ، عدم رعایت پیشنیاز و یا منع آموزشی ندارم و صحت مشخصات فوق را تایید می نمایم. در غیر اینصورت هر گونه عواقب مالی یا آموزشی ناشی از ثبت و یا حذف دروس مورد نظر را می پذیرم.

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضا و تاریخ

نام و نام خانوادگی کارشناس گروه

امضا و تاریخ